

OBVLADOVANJE KRONIČNE BOLEČINE v onkološki zdravstveni negi

**Majda Čaušević, dipl. m. s., dipl. upr.
org.**

**Onkološki inštitut, Ambulanta za zdravljenje
bolečine**

majda.causevic@gmail.com

IZVLEČEK

Kronična bolečina pri raku je še vedno neobvladana pri več kot tretjini pacientov. Obvladovanje bolečine pri rakavih boleznih je zaradi bolezenskega procesa, posledic zdravljenja in neželenih učinkov, povezanih z zdravljenjem, zahtevna naloga. Vodenje pacienta, ki trpi zaradi kronične bolečine, nastale zaradi raka, predstavlja velik izziv tako za zdravnika kot za medicinsko sestro. Ob ustreznem znanju so potrebne tudi dodatne veščine. Z namenom spodbujanja na dokazih podprte prakse v zdravstveni negi je združenje Oncology nursing society pripravilo evidenco intervencij za obvladovanje različnih simptomov. Evidenca intervencij za obvladovanje bolečine vsebuje farmakološke in nefarmakološke intervencije, kategorizirane v treh skupinah. V prvi skupini so intervencije, ki so priporočljive za prakso in podprte z močnimi dokazi. V drugi skupini je seznam intervencij, ki so verjetno uspešne v praksi, in v tretji skupini so intervencije, pri katerih učinkovitost ni dokazana v praksi. Uporaba smernic pri obvladovanju bolečine je smiselna, saj lahko pomembno vplivamo na kakovost življenja pacientov.

Ključne besede: rak, kronična bolečina, obvladovanje bolečine, na dokazih podprta praksa.

UVOD

Bolečina je neizbežna značilnost številnih rakavih obolenj in je pri le-teh pogosto prisotna. Gre za enega najpogostejših simptomov, ki se pojavijo pri boleznih z napredujočim rakom (Kumar, 2011). Ocenjuje se, da bolečina, povezana z rakom, vpliva na devet milijonov ljudi po vsem svetu. Zaradi kronične bolečine trpi kar 90 % pacientov z napredujočim rakom (Sabiston, Brunet, Burke, 2012). Paice in Ferrell (2011) menita, da je prevalenca bolečine pri pacientih, obolelih z rakom, ocenjena na 25 % na novo diagnosticiranih pacientov, 33 % med zdravljenjem, več kot 75 % pri napredujoči bolezni in pri 33 % pacientov po zdravljenju.

Bolečina pri raku je multifaktorska in zapletena (Rana et al., 2011). Pogosto je povezana z zdravljenjem bolezni in pojavom nepovezanih vzrokov pri bolezni (Paice, Ferrell, 2011). Lahko jo povzroči tumor, ki pritiska na organe, kosti in živce, ali pa je posledica kirurškega zdravljenja, zdravljenja s kemoterapijo in radioterapijo, ki lahko povzročijo visceralno in mišično-skeletno poškodbo ter poškodbo živcev (Chapman, 2012a).

Bolečino delimo po različnih kriterijih. Glede na trajanje ločimo akutno ali kronično bolečino (Chapman, 2012a), ki je pri pacientih, obolelih z rakom, zelo razširjena (Sharma, Leon-Casasola, 2013). Glede na izvor bolečinskega dražljaja ločimo *nociceptivno* bolečino in *nevropatsko* bolečino. *Nociceptivna bolečina* je posledica vzdraženosti nociceptorjev v koži ali globljih tkivih zaradi bolezni ali vnetnih dejavnikov. Je eden od varovalnih mehanizmov, ki opozori na nevarnost poškodb tkiva. *Nociceptivna bolečina* je lokalizirana, včasih izžareva in je odvisna od aktivnosti. *Visceralna bolečina* nastane zaradi vzdraženosti receptorjev v votlih organih, krvnih žilah, poprsnici in trebušnici. Povzroči jo lahko vnetje. Je globoka, slabo omejena, pogosto jo spremlja slabost in bljuvanje.

Nevropatska bolečina je posledica poškodbe ali nepravilnosti živčnega sistema. Pacienti jo opisujejo kot mravljinčenje, elektrizirajočo ali pekočo bolečino. Zdraviti jo je mnogo težje kot *nociceptivno bolečino* (Chapman, 2012a). Je kronična, pogosto izčrpajoča in prizadene veliko pacientov, obolelih z rakom (Cassileth, Keefe, 2010). Najbolj pogost vzorec pri pacientih z rakom, ki imajo stalno bolečino zaradi bolezni, je pojav kronične bolečine z epizodami akutne bolečine, ki jo imenujemo prebijačo bolečina (Sharma, Leon-Casasola, 2013).

Zdravljenje kronične bolečine pri raku

Učinkovito lajšanje bolečine vključuje celovit pristop s pravočasno oceno in merjenjem bolečine, poznavanjem patofiziologije, ki povzroča določeno vrsto bolečine, poznavanjem zdravil za lajšanje bolečine ter pravočasno intervencijo (Rana et al., 2011). Večina avtorjev meni, da je optimalno zdravljenje bolečine lažje doseči s kombiniranjem farmakoloških in nefarmakoloških metod zdravljenja bolečine (Chapman, 2012b; Yurdanur, 2012).

Za lajšanje bolečine pri raku je temeljno farmakološko zdravljenje (Paice, Ferrell, 2011), pri katerem se analgetike lahko aplicira preko različnih poti, kot so oral-

no, bukalno, sublingvalno, intranazalno, rektalno, subkutano, intravenozno in transdermalno (Chapman, 2012b). Pri pacientih z rakom se poslužujemo tudi različnih metod zdravljenja bolečine, kot so medikamentozno zdravljenje bolečine, periferno področne blokade, s pomočjo podkožne infuzije preko elastomerske črpalke in spinalno zdravljenje preko epiduralnega ali subarahnoidnega katetra.

Nefarmakološke metode zdravljenja bolečine na splošno razdelimo na fizikalne, psihološke in ostale komplementarne ter alternativne metode, bodisi invazivne ali neinvazivne (Yurdanur, 2012). Nefarmakološko zdravljenje povečuje občutek kontrole, zmanjšuje občutek šibkosti in povečuje aktivnost, saj s tem izboljšuje raven funkcionalne sposobnosti, zmanjšuje stres in tesnobo, zmanjšuje značilno vedenje za bolečino (osredotočenost na stopnjo bolečine), zmanjšuje potrebo po analgetiku in s tem neželene učinke zdravljenja (Yurdanur, 2012; Running, Turnbeaugh, 2011).

Obvladovanje kronične bolečine pri raku

Lajšanje bolečine bi morala biti človekova pravica (Rana et al., 2011). Pri uravnavanju bolečine je pomembna fleksibilnost. Diagnoza, stopnja bolezni, odziv na bolečino, intervencije ter osebne preference se med pacienti razlikujejo (Chapman, 2012b). Učinkovito lajšanje bolečine je odvisno od celovite ocene fizičnih, psiholoških, socialnih in duhovnih vidikov. Taka ocena služi kot temelj za nadaljnje multidisciplinarne intervencije (Paice, Ferrell, 2011).

Obvladovanje bolečine pri rakavih boleznih je zahtevna naloga, tako zaradi bolezenskega procesa, kakor tudi zaradi posledic zdravljenja in neželenih učinkov, povezanih z zdravljenjem. WHO ocenjuje, da je pri 5,5 milijona ljudi po vsem svetu bolečina pri raku obravnavana minimalno ali pa sploh ne (Krakauer et al., 2010). Čeprav se bolečino v celoti redko odpravi, jo je z izvajanjem celovite strategije lajšanja mogoče nadzorovati pri večini pacientov. Vendar kljub vsem razpoložljivim sredstvom za obvladovanje bolečine še vedno več kot tretjina pacientov, ki je poročala o svoji bolečini, ocenjuje le-to kot zmerno ali hudo (Chapman, 2012a).

Van der Peet et al. (2009) menijo, da se z neustrezno obravnavo obolevnost poveča, kar vpliva na slabšo kakovost življenja. Breivik et al. (2009) pa ugotavljajo, da bolečina vpliva na vsakodnevne dejavnosti in socialne stike. Kronična bolečina vpliva na razpoloženje in psihološko delovanje ter na funkcionalne sposobnosti in spanje, kar privede do vsakodnevne utrujenosti. Kronični bolečinski sindrom vpliva na telesno, duševno in socialno delovanje (Chapman, 2011).

Ocena bolečine

Aiello-Laws et al. (2009) menijo, da je zaradi vseh motečih simptomov in negotovosti o izvoru bolečine nujno, da onkološka medicinska sestra pri pacientu oceni rizične faktorje za tveganje, kot so fizikalni, psihosocialni in nevrološki simptomi. Za pridobivanje teh podatkov avtorji predlagajo uporabo »Pain assessment checklist« (Kontrolni seznam za oceno bolečine).

Tabela 1: Kontrolni seznam za oceno bolečine (Pain assessment checklist, Aiello-Laws et al., 2009).

Kontrolni seznam za oceno bolečine

Fizikalni simptomi:

- časovni nastop bolečine, področje, vrsta, intenziteta in trajanje bolečine;
- dejavniki, ki poslabšajo in lajšajo bolečino;
- dosedanje zdravljenje bolečine;
- neverbalni pokazatelji: zvijanje telesa, stokanje, varovanje bolečega predela, grimase, nemir.

Psihosocialni simptomi:

- vpliv bolečine na druga področja pacientovega življenja;
- pomembne izkušnje z bolečino v preteklosti;
- pomen bolečine za pacienta in svoje;
- tipični odzivi spoprijemanja s stresom ali bolečino;
- znanje o obvladovanju bolečine;
- spremembe v razpoloženju, povzročene zaradi bolečine.

Nevrološki simptomi:

- bolečine v vratu in glavi (potreben je ustrezen nevrološki pregled).

Rizični faktorji za tveganje:

- lokacija tumorja (kostni rak, lezije centralnega živčnega sistema);
 - sekundarne nevropatije ali metastatski tumorji, abdominalni tumorji, povezani z visceralno bolečino;
 - zdravljenje raka.
-

Priporočila za obvladovanje kronične bolečine pri raku

Z namenom spodbujanja na dokazih podprte prakse v zdravstveni negi je združenje ONS (Oncology nursing society, tj. združenje onkoloških medicinskih sester) pripravilo evidenco intervencij za izboljšanje obvladovanja različnih simptomov (PEP). Evidenca intervencij za obvladovanje bolečine vsebuje farmakološke in nefarmakološke intervencije, ki so kategorizirane v treh skupinah. V prvi skupini so intervencije, ki so priporočljive za prakso in podprte z močnimi dokazi (dosledno izvedene študije, metaanalize ali sistematični pregledni članki). V drugi skupini je seznam intervencij, ki so verjetno uspešne v praksi (posamezne dosledne kontrolne študije, študije, narejene na majhnih vzorcih, in smernice, razvite iz dokazov in podprte s strokovnim mnenjem) in v tretji skupini so intervencije, pri katerih učinkovitost ni dokazana v praksi (Pieszak, 2012).

Po priporočilih ONS-a so intervencije, ki so podprte z dokazi, za zdravljenje kronične bolečine naslednje (ONS, 2011):

Priporočila za prakso so:

- za nevropatsko bolečino: intravenska infuzija z anestetikom, kombinacije gabapeptina;

- za prebijajočo bolečino: Fentanyl nazalno pršilo, opiodi v proporcionalnih dozah, oralni in transmukozalni opiodi;
- za kronično bolečino: zdravila za spreminjanje kostne mase pri kronični bolečini, blokade celiakarnega plexusa, intraspinalne tehnike: epiduralne, intratekalne za refraktno (trdovratno) bolečino, Metadon, terapija z glasbo, nesteroidni antirevmatiki, Oxycodon in Naloxon, psiho-edukativne intervencije, trajne in kontinuirane opiodne formulacije, Tramadol, transdermalni buprenorfini in transdermalni Fentanyl.

•

Priporočila, ki so verjetno učinkovita v praksi, so:

- kanabis oralno pršilo;
- zgodnja uvedba terapije z opiodi.

•

Priporočila, pri katerih učinkovitost ni dokazana, so:

- za kronično bolečino: vaje, razgibavanje, terapevtska tehnika čustvenega razkritja, formulacije z zelišči, masaža, vodena vizualizacija in progresivna mišična relaksacija, rutinska uporaba paracetamola, terapevtski dotik in transkutana elektro nevro stimulacija (TENS);
- za refraktno bolečino: intravenozna infuzija z Lidokainom, Ketaminom, rotacija opiodov;
- za prebijajočo bolečino: intranazalni Sufentanyl.

S strani EONS-a (European oncology nursing society, tj. Evropsko združenje onkoloških medicinskih sester) so bile leta 2013 izdane smernice in žepni vodnik za prebijajočo bolečino pri raku. Smernice, v katerih je opisana prebijajoča bolečina, njena definicija in značilnosti, so pomoč pri razumevanju, prepoznavanju in izboljšanju upravljanja prebijajoče bolečine pri pacientih z rakom. Poudarjen je pomen ocene prebijajoče bolečine pri pacientu. Obvladovanje prebijajoče bolečine vključuje različne komponente, kot so sprememba življenjskega sloga, upravljanje z reverzibilnimi vzroki, modifikacija patoloških procesov, nefarmakološki in farmakološki pristopi zdravljenja bolečine (EONS, 2013).

SKLEP

Vodenje bolečine pri pacientih z rakom ni vedno optimalno. Ob ustreznem znanju so potrebne tudi dodatne veščine. Vodenje pacienta, ki trpi zaradi kronične bolečine, nastale zaradi raka, predstavlja velik izziv, bodisi za zdravnika bodisi za medicinsko sestro. Pri tem so lahko v pomoč različna priporočila in smernice za zdravljenje kronične bolečine pri raku, ki so strokovno podprte in usklajene ter uporabne v praksi. Medicinske sestre so v edinstvenem položaju, da so lahko v podporo pacientu, ki trpi zaradi bolečine, nastale zaradi raka. Pri pregledu intervencij za zdravljenje bolečine, ki jih je izdelalo združenje ONS, lahko opazimo, da so medicinske sestre z upoštevanjem le-teh lahko zelo samostojne pri svojem delu. Ob pričetku zdravljenja lahko medicinska sestra oceni vrsto ter vpliv bolečine na pacienta in njegovo družino s pomočjo Kontrolnega seznama za oceno bolečine (Aiello-Laws et al., 2009).

Na podlagi pridobljene ocene lahko medicinska sestra pouči in informira paci-

enta o potencialnih možnostih zdravljenja bolečine. Predpisovanje ustreznega zdravila je domena zdravnika, ostale intervencije, na primer dajanje zdravil in prepoznavanje neželenih učinkov, pa je kompetenca medicinskih sester. Medicinska sestra z upoštevanjem smernic in PEP intervencij na področju obvladovanja bolečine izboljša obravnavo pacienta s kronično bolečino. Kljub potrebi po empirični evidenci raziskav na področju nefarmakoloških metod, raziskave zaradi neustreznih postopkov niso v celoti zanesljive. Pomanjkljivo je tudi to, da se ne uporablja placebo učinka, kot v konvencionalnih farmakoloških raziskavah (Goldbas, 2012). Tako lahko opazimo, da je v seznamu priporočil za prakso zelo malo ali skoraj nič nefarmakoloških priporočil.

ZAKLJUČEK

Uspešnost zdravljenja bolečine pri pacientih je torej odvisna od znanja zdravnikov, medicinskih sester, uspešnega sodelovanja z drugimi strokovnjaki ter od sodelovanja pacienta in njegove družine. Medicinske sestre imajo neposreden vpliv na kakovostno obravnavo bolnikove bolečine. Pacienti morajo biti seznanjeni z načinom zdravljenja bolečine. Z upoštevanjem PEP smernic pomembno vplivamo na kakovostno zdravljenje kronične bolečine pri raku in s tem pripomoremo k boljši kakovosti življenja pacienta.

LITERATURA

- Aiello-Laws LB, Ameringer SW, Eaton LH. Pain. In: Eaton and Tipton JM, eds. Putting evidence into practice: Improving oncology patient outcomes. Pittsburg, PA: Oncology nursing society; 2009: 215—34.
- Breivik H, Cherny N, Collett B, De Conno F, Filber M, Foubert AJ, Cohen R, Dow L. Cancer-related pain: a pan-European survey of prevalence, treatment, and patient attitudes. *Ann Oncol.* 2009;20(8): 1420—33.
- Breakthrough cancer pain guidelines 2013. European Oncology Nursing Society. Dostopno na: <http://www.cancernurse.eu/documents/EONSBreakthroughCancerPainGuidelines.pdf> (28.5.2014).
- Cassileth BR, Keefe FJ. Integrative and behavioral approaches to the treatment of cancer-related neuropathic pain. *Oncologist.* 2010; 15(2): 19—23.
- Chapman S. Chronic pain syndromes in cancer survivors. *Nurs Stand.* 2011; 25(21): 35—41
- Chapman S. Cancer pain part 1: causes and classification. *Nurs Stand.* 2012; 26(47): 42—6.
- Chapman S. Cancer pain part 2: assessment and management. *Nurs Stand.* 2012; 48(26): 44—9.
- Goldbas A. An introduction to complementary and alternative medicine. *International Journal of Childbirth Education.* 2012;3(27):16-20.

- Krakauer EL, Wenk R, Buitrago R, Jenkins P, Scholten W. Opioid inaccessibility and its human consequences: Reports from the field. *Journal of Pain and Palliative Care Pharmacotherapy*. 2010, 3(24): 239—43.
- Kumar SP. Utilization of brief pain inventory as an assessment tool for pain in patients with cancer: a focused review. *Indian J Palliat Care*. 2011; 17(2): 108—15.
- Sabiston CM, Brunet J, Burke S. Pain, movement and mind: does physical activity mediate the relationship between pain and the mental health among survivors of breast cancer? *Clin J Pain*. 2012; 28(6): 489—95.
- Sharma V, Leon-Casasola O. Cancer pain. In: Benzon HT, eds. *Practical management of pain* 5th ed. Philadelphia: Elsevier Mosby; 2013:335-44.
Dostopno na: <http://books.google.si/books?id=kZZ5AAAAQBAJ&pg=PA1048&lpg=PA1048&dq=sherman+managing+adult+cancer+pain&source=bl&ots=p8QAIpVeLs&sig=kPuoemOSKTrAFplZBDR3WEfRoo0&hl=sl&sa=X&ei=zbP3Uq-ABfLH7AbDo4HYAQ&ved=0CFYQ6AEwBQ#v=onepage&q=sharma%20leon-casasola&f=false>. (01. 03. 2014).
- Oncology nurse society. Dostopno na: <http://ons.org/Research/PEP/Pain> (18. 5. 2014).
- Paice JA, Ferrell B. The management of cancer pain. *CA Cancer J Clin*. 2011; 61(3): 157—82.
- Pieszak S. Putting evidence into practice: Pain. *American nurse today*. 2012; 7(4): 1—5.
Dostopno na: <http://www.americanursetoday.com/article.aspx?id=8962&fid08916> (24. 4. 2014).
- Rana S, Gupta R, Chaudhary P, Khurana D, Mishra S, Bhatnagar S. Cancer pain management: basic information for the young pain physicians. *Indian J Palliat Care*. 2011; 17(2): 127—30.
- Running A, Turnbeaugh MS. Oncology pain and complementary therapy: a review of the literature. *Clin J Oncol Nurs*. 2011; 15(4): 374—9.
- Van der Peet EH, Van den Beuken-van Everdingen MH, Patijn J, Schouten HC, Van Kleef M, Courtens AM. Randomized clinical trial of an intensive nursing-based pain education program for cancer outpatients suffering from pain. *Support Care Cancer*. 2009; 17(8): 1089—99.
- Yurdanur D. Non-pharmacological therapies in pain management. In: *Pain management – current issues and opinions*, Gabor Racz, ed. In Tech. 2012; 485—97.
Dostopno na: <http://www.intechopen.com/download/get/type/pdfs/id/26152>. (10. 03. 2014).